

U LYMPHO TẾ BÀO MANTLE XUẤT HIỆN ĐỒNG THỜI VỚI UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TẠI TRỰC TRÀNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ HỒI CỨU Y VẤN

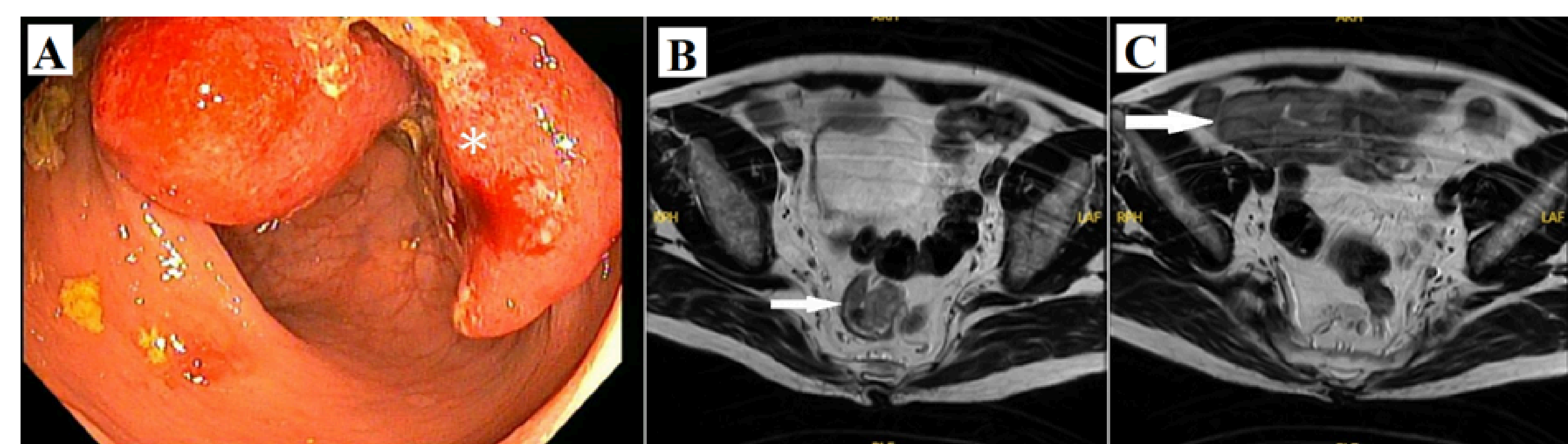
Nguyễn Văn Trọng, Kim Văn Vụ
Bệnh viện K

ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho tế bào Mantle (MCL) của đại trực tràng là bệnh ác tính hiếm gặp, chiếm khoảng 0,2% các khối u ác tính tại đây.¹ Ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) của đại trực tràng là căn bệnh phổ biến hơn, nhưng đồng mắc cả hai tổn thương trên trực tràng là cực hiếm. Chúng tôi mới chỉ thu nhận được vài báo cáo trước đây trong y văn.

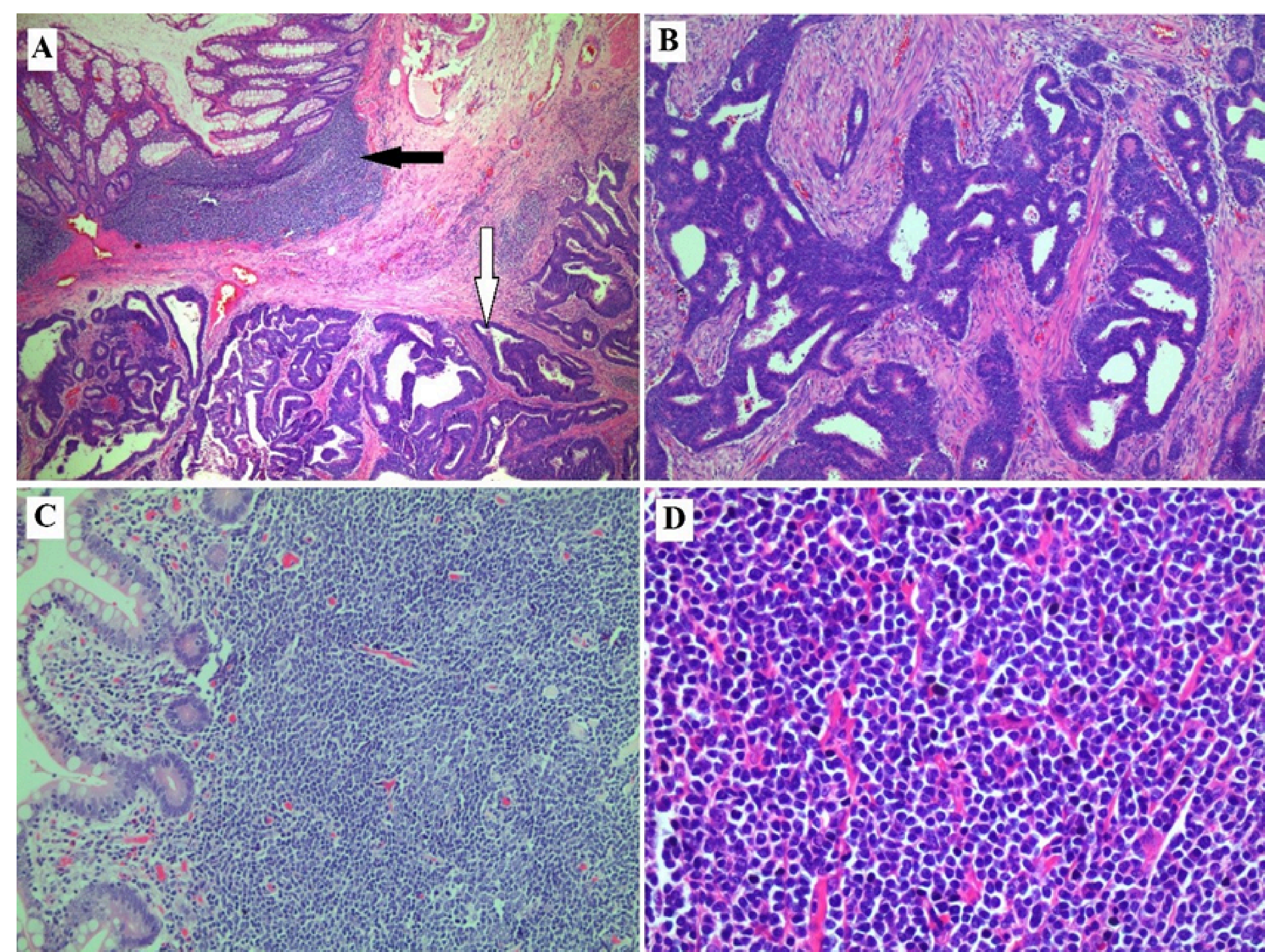
CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 63 tuổi, vào viện với triệu chứng đau bụng và đi ngoài ra máu kéo dài khoảng một tháng. Qua thăm khám lâm sàng và nội soi đại trực tràng, cho thấy khối u sùi loét chiếm 50% chu vi trực tràng, cách rìa hậu môn 8cm, kết quả sinh thiết xác định ung thư tuyến biệt hóa vừa. Kết quả cộng hưởng từ vùng chậu ghi nhận khối u xâm lấn lớp cơ trực tràng, không có di căn xa trên gan và lách, và một khối bất thường tại hố chậu phải, nghi ngờ u hồi tràng.



HÌNH 1. A) Hình ảnh nội soi đại tràng cho thấy khối sùi loét ở trực tràng giữa. B) Khối u trực tràng trên cộng hưởng từ. C) Khối bất thường kích thước 4 x 6 cm ở hố chậu phải

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật xác định ung thư tuyến trực tràng xâm lấn mô xung quanh và di căn 2 hạch (giai đoạn pT2N1). Các polyp ở trực tràng và hồi tràng gợi ý u lympho ác tính (MCL).



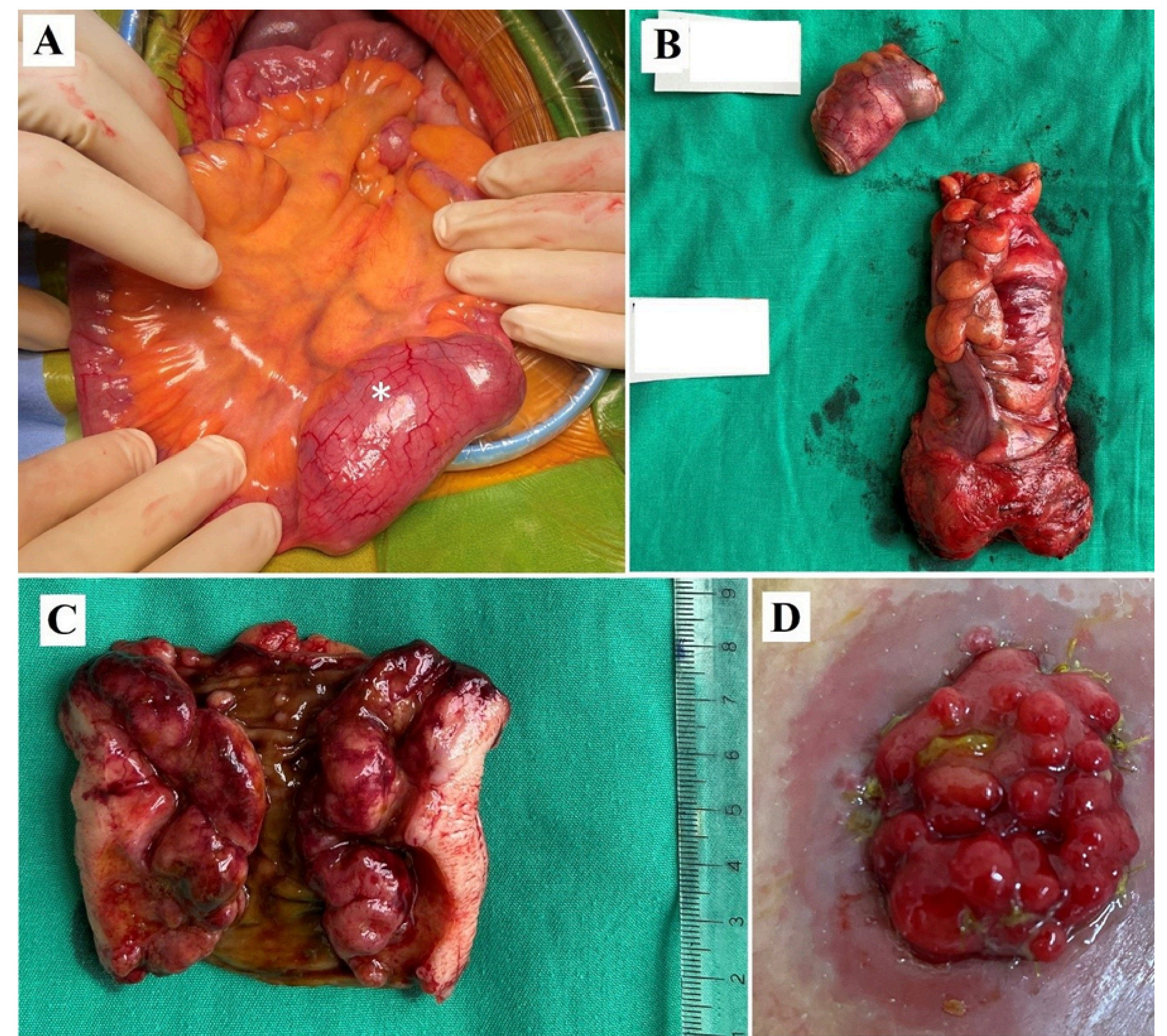
HÌNH 3. Hình ảnh vi thể A) Trên tiêu bản nhuộm HE trực tràng thấy cả khối ung thư biểu mô tuyến (mũi tên trắng) và u lympho (mũi tên đen). B) Hình ảnh ung thư biểu mô tuyến xâm nhập biệt hóa vừa của trực tràng (10x). C) U lympho ở lớp niêm mạc và lớp dưới niêm mạc của các polyp (20x). D) Hình ảnh các tế bào u lympho (40x).

BÀN LUẬN

MCL là một dạng u lympho non Hodgkin tế bào B đặc trưng bởi chuyển đoạn t(11:14) (q13:32), các vị trí u lympho ngoài hạch thường gặp gồm tủy xương, lách, ống tiêu hóa, phổi và một tỷ lệ thấp tại trực tràng (chiếm 3-10% u lympho non Hodgkin tế bào B và chiếm 0,2% các khối u ác trực tràng).¹ Sự đồng thời của MCL và UTBMT trực tràng là cực kỳ hiếm, chúng tôi mới chỉ tìm thấy sáu trường hợp được báo cáo từ 1947 đến nay.

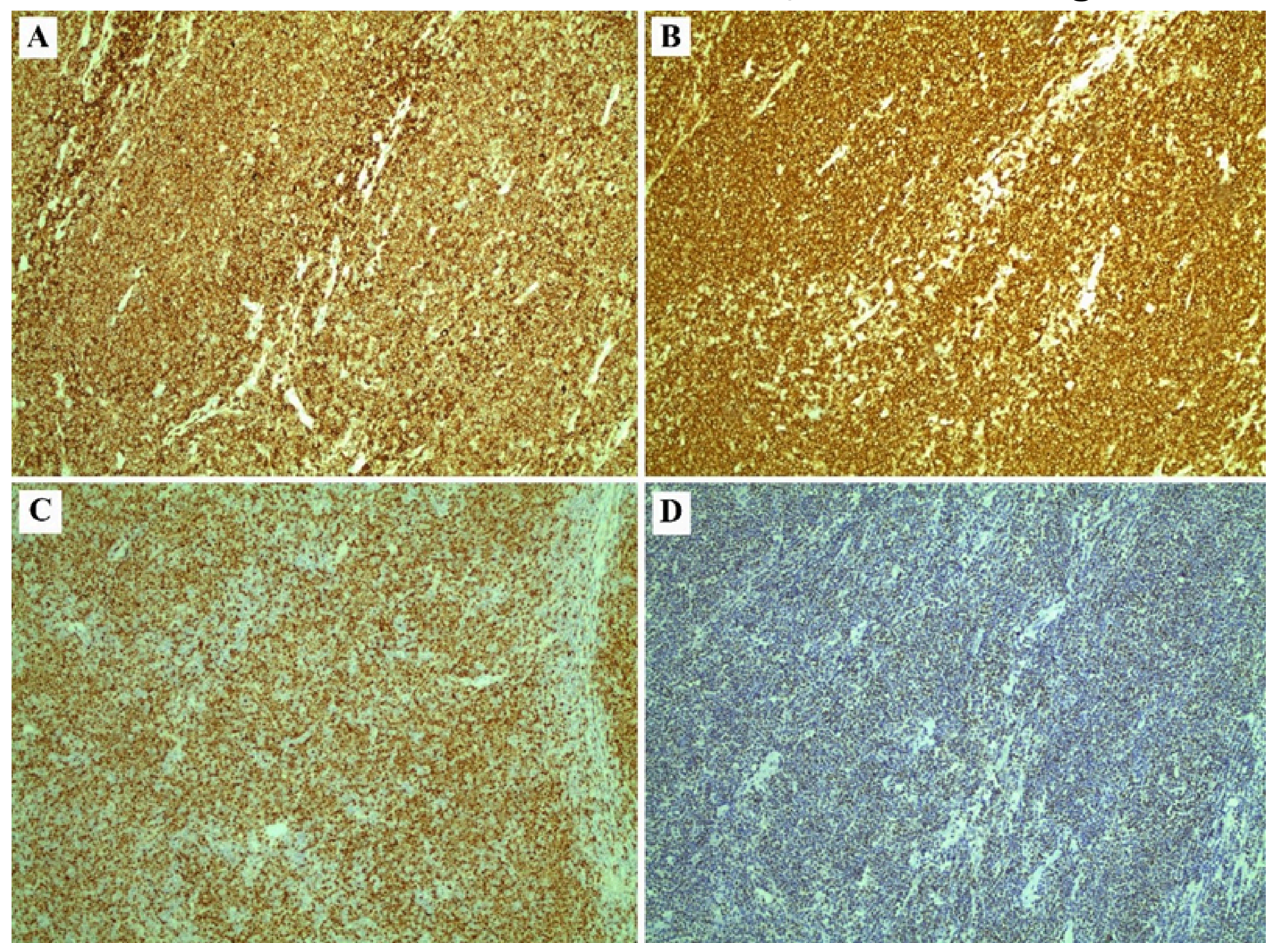
Tác giả	Năm	Tuổi/giới	Vị trí MCL	Phân bố MCL	Giai đoạn MCL	Vị trí ung thư biểu mô	Giai đoạn ung thư biểu mô	Điều trị
Hopster ²	1995	74/Nữ	Trực tràng, đại tràng, hồi tràng			Trực tràng		Cắt toàn bộ đại tràng
Kanehira ³	2001	54/Nam	Hồi tràng	Polyp đơn lẻ	I	Đại tràng lên	IV (di căn gan)	Cắt đại tràng phải + hóa chất
Kanehira ³	2001	74/Nam	Đại tràng Sigma	MLP	IV (di căn xương)	Trực tràng	III (T3N1)	Cắt trước thấp + hóa xạ trị
Padmanabhan ⁴	2003	85/Nam	Đại tràng và hồi tràng	MLP	II	Đại tràng lên	II (T3N0)	Cắt đại tràng phải
Sztarkier ⁵	2009	80/Nam	Đại tràng	MLP	IV (di căn xương)	Đại tràng Sigma	III (T3N2)	Cắt đại tràng Sigma + R-CHOP
Hrudka ⁶	2016	82/Nam	Đại tràng	MLP	IV	Đại tràng lên	II (T3N0)	Cắt đại tràng phải + hóa chất
Ca hiện tại	2023	63/Nam	Trực tràng và hồi tràng	MLP	II	Trực tràng	III	Cắt trước thấp + RDHAP/RCHOP

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt trước thấp trực tràng, trong quá trình phẫu thuật đồng thời phát hiện rất nhiều polyp 3-5mm ở đoạn trực tràng và hồi tràng, bao gồm một polyp lớn 4 x 6 cm ở hồi tràng cách van hồi manh tràng 15cm. Đoạn hồi tràng chứa khối u được cắt bỏ làm chẩn đoán mô bệnh học, đồng thời mở thông hồi tràng bảo vệ.



HÌNH 2. Hình ảnh đại thể A) Hình ảnh trong mổ cho thấy khối u hồi tràng kích thước 4 x 6 cm. B) Bệnh phẩm sau mổ gồm đoạn trực tràng và đoạn hồi tràng. C) Bệnh phẩm hồi tràng được bỏ dọc D) Đoạn hồi tràng mở thông chứa nhiều polyp.

Xét nghiệm hóa mô miễn dịch cho thấy các tế bào lympho dương tính với CD5, CD20, Cyclin D1 và SOX11, phù hợp với chẩn đoán MCL dạng đa polyp lympho (MLP). Bệnh nhân được xếp vào nhóm nguy cơ trung bình cao và được điều trị bằng hóa trị liệu phác đồ RDHAP/RCHOP, kết hợp duy trì Rituximab. Sau điều trị, kết quả PET/CT cho thấy đáp ứng hoàn toàn, không còn tổn thương. Bệnh nhân tiếp tục duy trì Rituximab và được theo dõi định kỳ mỗi ba tháng.



HÌNH 4. Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy các tế bào lympho dương tính với CD5 (A), CD20 (B), Cyclin D1 (C), và SOX-11 (D).

Triệu chứng thường gặp của UTBMT trực tràng gồm đau bụng, đi ngoài ra máu, thay đổi khuôn phân trong khi MCL có triệu chứng mơ hồ như đau bụng, sụt cân. Trong trường hợp này, MCL được phát hiện tình cờ qua cộng hưởng từ và trong phẫu thuật, và được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch (dương tính với CD5, CD20, Cyclin D1 và SOX11)

Điều trị sau phẫu thuật cho MCL và UTBMT trực tràng đặt ra nhiều thách thức, với ưu tiên điều trị MCL trước do tính chất tiến triển nhanh và đáp ứng tốt với hóa trị liệu, đồng thời cuộc phẫu thuật cắt trước thấp đã cắt toàn bộ mạc treo trực tràng với kết quả âm tính tại rìa cắt. Điều trị hóa chất theo phác đồ RDHAP/RCHOP đã được chỉ định.

Dù MCL đáp ứng tốt với điều trị, nguy cơ tái phát vẫn cao, các lựa chọn điều trị bước hai gồm kháng thể đơn dòng, thuốc ức chế PD-L1, liệu pháp CAR-T, và các thuốc điều chỉnh epigenetic.⁷

KẾT LUẬN

Ung thư đồng thời biểu mô tuyến trực tràng và MCL dưới dạng đa polyp lympho là trường hợp rất hiếm gặp. MCL thường được phát hiện tình cờ khi chẩn đoán ung thư trực tràng, chẩn đoán dựa trên đặc điểm mô học và hóa mô miễn dịch. MCL là bệnh ác tính với tiên lượng xấu hơn ung thư tuyến. Việc xuất hiện đồng thời hai loại ung thư khác nhau này đặt ra nhiều thách thức cho việc điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Grimm KE. Aggressive B cell lymphomas in the 2017 revised WHO classification of tumors of hematopoietic and lymphoid tissues. Annals of diagnostic pathology 2019; 38:6-10
- Hopster D, Smith P, Nash J, Elders K, Poston G. Synchronous multiple lymphomatous polyposis and adenocarcinoma in the large bowel. Postgraduate Medical Journal 1995; 71(837):443
- Kanehira K, Braylan RC, Lauwers GY. Early phase of intestinal mantle cell lymphoma: a report of two cases associated with advanced colonic adenocarcinoma. Modern Pathology 2001; 14(8):811-817
- Padmanabhan V, Trainer TDJAop, medicine I. Synchronous adenocarcinoma and mantle cell lymphoma of the colon: a case report and review of the literature. 2003; 127(2):e64-e66
- Sztarkier I, Levy I, Walfisch S, Delgado J, Benharroch D. Mantle cell lymphoma in a tubular adenoma: unusual presentation with synchronous colonic carcinoma. Annals of Diagnostic Pathology 2009; 13(1):47-49
- Hrudka J, Eis V, Lisý P, Gürlich R, Mandys V. Synchronous colorectal carcinoma and non-Hodgkin lymphoma-two case reports. Rozhledy v Chirurgii: Mesicnik Ceskoslovenske Chirurgicke Spolecnosti 2016; 95(9):369-372
- Zelenetz AD, Gordon LI, Chang JE, Christian B, Abramson JS, Advani RH, Bartlett NL, Budde LE, Caimi PF, De Vos S. NCCN Guidelines® insights: b-cell lymphomas, version 5.2021: featured updates to the nccn guidelines. Journal of the National Comprehensive Cancer Network 2021; 19(11):1218-1230